

## نیو یارک سٹی سنڈ اہلیت برائے COVID-19 ویکسین بوجہ طبی کیفیت

ان طبی کیفیات کے حامل 16 سال اور اس سے زیادہ عمر کے نیو یارک کے باشندے COVID-19 ویکسین کے اہل ہیں، جیسا کہ ان کے نگہداشت صحت فراہم کنندہ کی جانب سے ضبط تحریر میں لایا گیا یا تشخیص کیا گیا ہو:

- سرطان (موجودہ یا افاقہ کے بعد کم سطح پر، بشمول 9/11 سے متعلقہ سرطان)
- گردے کی دائمی بیماری
- پھیپھڑوں کا مرض، بشمول لیکن ان تک محدود نہیں، COPD (پھیپھڑوں کی دائمی متعرض بیماری)، دمہ (معتدل سے لے کر شدید نوعیت)، پھیپھڑوں کی لیفیت، گچھہ دار لیفیت، اور 9/11 سے متعلقہ پھیپھڑوں کے امراض
- ذہنی اور نشونمائی معذوری بشمول ڈاؤن سنڈروم
- امراض قلب، بشمول لیکن ان تک محدود نہیں، حرکت قلب کا بند ہو جانا، اکیلی شریان کی بیماری، قلبی عضلے کی تکلیف یا بلند فشار خون (ہائی بلڈ پریشر)
- مدافعتی نظام کی ابتر حالت (کمزور مدافعتی نظام) بشمول لیکن ان تک محدود نہیں، اعضاء کی پیوندکاری یا خون یا ہڈیوں کے گودے کی منتقلی سے، مدافعتی کمی، HIV، کارٹیکوسٹیروئیدز کے استعمال، مدافعتی نظام کو کمزور کرنے والی دیگر ادویات کے استعمال یا دیگر وجوہات
- شدید موٹاپا (ہائی ماس انڈیکس 40kg/m<sup>2</sup> یا اس سے زائد) یا موٹاپا (ہائی ماس انڈیکس 30kg/m<sup>2</sup> اور 40kg/m<sup>2</sup> کے درمیان)
- حمل
- سیکل سیل ڈیزیز یا تھیلیسیمیا
- ٹائپ 1 یا 2 ذیابیطس میلیٹس
- دماغی خلیوں کی بیماری (دماغ میں خون کی نالیوں اور خون کی فراہمی کو متاثر کرتی ہے)
- اعصاب کے امراض بشمول لیکن ان تک محدود نہیں، الزہمرز ڈیزیز یا ڈیمینشیا
- جگر کی بیماری

میری جانب سے قانون کی پاسداری میں یہ تصدیق ہے کہ مجھے اوپر دی گئی طبی کیفیات میں سے ایک یا زیادہ لاحق ہے جیسا کہ میرے نگہداشت صحت فراہم کنندہ کی جانب سے ضبط تحریر میں لایا گیا یا تشخیص کیا گیا ہے، اور یہ کہ میرے علم کے مطابق وہ معلومات جن کی بنیاد پر یہ تصدیق کی گئی ہے سچ اور بے کم و کاست ہیں۔

نام درج کریں \_\_\_\_\_ دستخط \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

اگر ویکسین لگوانے والے کی عمر 16 سے 17 سال ہے یا دیگر کسی وجہ سے تصدیق کرنے کے قابل نہیں ہیں:

سرپرست کا نام درج کریں \_\_\_\_\_ سرپرست کے دستخط \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_